

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0040856

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2179 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARIF MOSTAFA
Date de naissance :
Adresse : Habituelle
Tél. : 0522532897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA Le : 01/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM: <u>ARIF MOSTAFA</u>	Mle <u>2179</u>
DECLARATION N° P 17/0063732		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 17/0063732

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>2179</u>	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom <u>ARIF MOSTAFA</u>																	
Fonction <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0522532897</u>																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient <u>MOHAMED KARAM</u>																
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>10 ANS</u>														
Nature de la maladie <u>Bronchite aigue</u>		Date	Date 1ère visite <u>04.01.2024</u>														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>CS</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>150 DH</u></td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>CS</u>	<u>-</u>	<u>150 DH</u>								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
<u>CS</u>	<u>-</u>	<u>150 DH</u>															
PHARMACIE	Date <u>4.1.1.24</u>																
Montant de la facture		<u>261,50</u>															
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسماعيل المالكى
طبيب عام
خريج كلية الطب و الصيدلة
بالحار البيضاء

04 JAN. 2024

DEROUA, le : 04 JAN, 2024

Mohamed KARAM A.R.F

ص ۵۳

7

$$25 \times 2$$

79. 

(2)

2.2

$T = 261.78 \text{ K}$

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Alger 102 - Deroua
Tél 06 07 58 58 58

Gifts must be given

Actual

~~3~~ ~~100m~~ ~~AH~~

IS AH

PPU 93DH00 LOT 25006 3
EXP 04/2025

DSIN
200 UI GO



8 05112

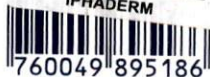
Lot:
A consommer
avant le:

PPC : 89,50 DH

Batch
قبل
BIOPAR MULTI 12VIT 12 MINERAUX CP BTE20
PPC : 79.00

Ut Av
12/2025 Lot :
2350/12

IPHADERM



Poids net :
Net weight: 90 g
الوزن الصافي



000000